N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 14 AOUT 1885

PAR

Paul JOULLIÉ

Né à Montpellier

AIDE D'ANATOMIE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

Rues Durand et Levat

—

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... } ASSESSEURS
LANNEGRACE..... }

PROFESSEURS

Clinique médicale	DUPRÉ (✵ C. ✠).
Anatomie	BENOIT (✵ ✠).
Clinique médicale	COMBAL (✵ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✵).
Physique médicale	MOITESSIER (✵).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✵).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✵ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale Chargé du cours,	SERRE.
Opérations et appareils id.	CHALOT.
Pathologie externe	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✵ ✠).
Professeurs honoraires : MARTINS (O. ✵), COURTY (✵), DUMAS (✵).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✵).

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ (✵).
GRYNFELTT.	REGIMBEAU (✵).
DE GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	BLAISE
CARRIEU.	BAUMEL.
MAIRET.	VILLE
CHALOT.	GRANEL.
BIMAR.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JAUMES, *Président;*
CHALOT, *Professeur;*
TÉDENAT, BLAISE } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR BIEN-AIMÉE

A mon frère ANDRÉ

DOCTEUR EN MÉDECINE

A mon frère JOSEPH

P. JOULLIÉ

A mon ami le docteur **GUIBAL**

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES EXCELLENTS AMIS

les docteurs MAUZAC, GACHON, POMPIDOR et CARRIÉ

A TOUS MES AMIS

P. JOULLIÉ

A M. le professeur DUBRUEIL

A M. le professeur ESTOR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur JAUMES

A M. le professeur-agrégé SERRE

P. JOULLIÉ

INTRODUCTION

L'intéressante discussion sur l'érysipèle, qui a occupé cette année pendant plusieurs mois les séances de l'Académie de médecine, avait attiré notre attention sur ce sujet. Ayant eu, d'un autre côté, l'occasion d'observer dans le service de chirurgie une épidémie de cette même maladie, nous avons décidé d'en faire l'objet de notre Thèse inaugurale. Nous ne nous dissimulons pas la difficulté de traiter un pareil sujet ; aussi recommandons-nous à la bienveillance de nos Juges un travail dont la seule ambition est de résumer ce qui a été dit de plus récent sur l'érysipèle et sa contagion, et de présenter, en même temps qu'un certain nombre d'observations nouvelles, quelques considérations sur l'emploi d'un médicament nouveau dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Dubrueil de la bienveillance qu'il a montrée à notre égard, et M. le professeur Estor, qui a bien voulu mettre à notre disposition toutes les ressources de son laboratoire. Nous remercions aussi M. le professeur agrégé Serre, et notre excellent ami Courrent, préparateur du laboratoire d'histologie, qui a bien voulu nous aider dans nos recherches.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE

HISTORIQUE

Il est probable que l'érysipèle a existé de tout temps, et si les anciens auteurs n'en ont pas fait une description nette, c'est qu'ils l'ont confondu avec les autres affections où existaient la rougeur, la chaleur et la tuméfaction de la peau. Il faut arriver jusqu'au dernier siècle pour trouver une description satisfaisante de cette maladie, et c'est surtout Fred. Hoffmann qui la donne (1). La médecine moderne a montré, par l'anatomie pathologique et par l'observation attentive des signes physiques de cette affection, que l'érysipèle avait des caractères bien tranchés qui, dans la grande majorité des cas, ne pouvaient pas le faire confondre avec d'autres inflammations de la peau.

(1) Hoffmann (Fred). De febre Erysipelacea Halœ, 1720.

Un nombre considérable de travaux ont été publiés sur l'érysipèle ; mais un grand nombre de ces écrits portent surtout sur la thérapeutique de cette maladie.

Les épidémies d'érysipèle étaient connues depuis longtemps, et les auteurs expliquaient diversement leur cause et leur origine. L'idée de contagion ne se fait jour que plus tard ; elle est d'abord admise par les chirurgiens anglais : Travers, Copland, Bright, Nunneley.

Cette doctrine pénètre ensuite en France, mais difficilement. On a douté longtemps que l'érysipèle fût contagieux; aujourd'hui bien peu de personnes le nient. Avant les recherches expérimentales contemporaines, MM. les docteurs Fenestre, Ch. Martin et Blockerger, Blin (de St-Quentin), Gosselin et bien d'autres, ont cité des exemples de contagion qui n'ont pas laissé de doute dans les esprits.

Tous ces auteurs sont d'accord sur l'existence d'un principe infectieux, principe plutôt soupçonné que démontré, qui propage l'érysipèle, mais dont on ne connaît pas encore la nature.

Depuis ces dernières années, on peut dire que la pathogénie de l'érysipèle, comme du reste celle de toutes les autres maladies infectieuses, est entrée dans une phase nouvelle, grâce à l'étude des micro-organismes et des moyens employés pour les combattre ou antisepsie.

Déjà les travaux de Hueter, Nepveu, Tillmanns, Bouchard, Fehleisen, Cornil, etc., ont jeté sur ce point une vive lumière. Ces travaux feront l'objet d'un chapitre de notre travail.

ETIOLOGIE

La question de la distinction de l'érysipèle chirurgical et de l'érysipèle médical a été l'origine d'interminables discussions, et c'est pour avoir voulu décrire, sinon deux maladies différentes, du moins deux variétés d'une même maladie, que les auteurs ont vu leurs opinions diverger sur bon nombre de points.

Les médecins, portés à rapprocher plutôt cette affection des fièvres éruptives, tout en reconnaissant l'influence incontestable du poison érysipélateux et de la solution de continuité des tissus par laquelle il envahit le plus souvent l'organisme, font jouer un trop grand rôle à ce dernier ; certains même en sont arrivés à nier presque la cause externe.

L'érysipèle, disent Chomel et Blache, n'est jamais le résultat d'une cause externe, ou, du moins, si quelquefois une cause externe concourt à sa production, elle n'a qu'une part secondaire à son développement ; elle suppose le concours d'une cause interne, d'une disposition particulière que nous ne connaissons pas. Nous sommes, par conséquent, réduit à étudier les conditions dans lesquelles cette disposition survient et les circonstances qui peuvent provoquer l'apparition de

l'érysipèle chez ceux qui y sont prédisposés. L'épithète de spontané, substituée souvent à celle de médical, résume bien leur opinion.

Les chirurgiens, au contraire, observant des érysipèles envahissant des plaies plus ou moins grandes, conséquence de traumatismes accidentels ou opératoires, se sont mieux rendu compte de la porte d'entrée du poison et de la nécessité de cette porte d'entrée pour la réalisation de la maladie.

Mais à côté de ces plaies, il en est d'autres tout aussi nombreuses, en général moins étendues, dans la production desquelles n'entrent pour rien les instruments vulnérants et qui sont la conséquence d'une destruction spontanée. Ce sont : les ulcères, la gangrène, les ouvertures spontanées des abcès, des anthrax, des vésicules d'herpès, des pustules d'ecthyma, etc. Dans tous ces cas, l'érysipèle n'est pas plus spontané que dans les précédents ; il n'y a de spontanée que la solution de continuité.

L'érysipèle médical, dit-on, a pour siège d'élection la face, et est en général bien moins grave ; l'érysipèle chirurgical attaque les membres et le tronc ; il est beaucoup plus grave. Ce sont là seulement des différences apparentes.

Si l'érysipèle médical se produit surtout à la face, c'est que cette partie du corps présente très souvent les petites solutions de continuité dont nous avons parlé plus haut ; et s'il est moins grave que le chirurgical, c'est que l'agent infectieux n'a pu pénétrer dans le corps qu'en petite quantité.

Voici deux individus : l'un présente une blessure légère, conséquence d'une chute sur le nez, l'autre a un vulgaire coryza avec excoriations de la muqueuse nasale ; tous deux, après leur passage dans un même milieu infecté, contractent un érysipèle de la face. Dira-t-on que le premier est chirurgical et le second médical ? Aussi la tendance actuelle, surtout depuis les dernières expérimentations qui ont bien

démontré la spécificité du poison érysipélateux, est-elle de rapprocher les deux affections, que l'on s'était pendant longtemps efforcé de distinguer.

L'érysipèle est un, dit Maurice Raynaud, dans son excellent article du *Dictionnaire de Jaccoud* ; qu'il survienne à la suite d'une plaie, d'une opération, ou qu'il constitue le premier phénomène appelant l'attention du praticien, ce n'en est pas moins la même affection. La répartition des malades d'hôpital dans les salles de chirurgie ou de médecine ne change rien à la nature des choses.

Comme nous l'avons déjà indiqué, deux choses sont nécessaires pour la production de l'érysipèle : l'agent infectieux, de quelque nature qu'on le suppose, et que nous étudierons plus loin, et une solution de continuité du tégument externe ou interne. A la suite de ces deux causes principales et suffisantes pour la réalisation de la maladie, on a fait intervenir une foule de causes secondaires, d'une efficacité parfois contestable, mais dont quelques-unes cependant peuvent avoir une influence réelle.

Les solutions de continuité de la peau pouvant donner naissance à un érysipèle doivent être distinguées en plusieurs catégories.

En première ligne, on peut placer celles qui sont produites par le bistouri du chirurgien ; on a appelé érysipèle opératoire celui qui en est la conséquence.

Une seconde classe est formée par les plaies accidentelles, qui ont, suivant les cas, une plus ou moins grande étendue, qui sont en général produites par des corps contondants, qui doivent suppurer, mais qui avant la suppuration passent par une période d'inflammation plus ou moins intense.

En troisième ligne, viennent les ouvertures spontanées. Leurs causes principales sont : un furoncle, un anthrax, un ulcère, un abcès, un ecthyma, un érythème humide, des piqûres de sangsues, un vésicatoire, etc.

Que l'érysipèle succède à une opération ou à une plaie accidentelle, il peut se montrer à deux périodes de la solution de continuité : ou bien avant que la suppuration soit établie, c'est-à-dire pendant les six premiers jours à peu près, ou bien alors que la suppuration est établie ; dans le premier cas, l'érysipèle est plus grave.

On s'est demandé si l'érysipèle était plus fréquent après les opérations qu'après les plaies accidentelles. On manque de statistiques bien précises à ce sujet ; cependant, celles de Gosselin et de A. Desprès paraissent indiquer que l'érysipèle est plus fréquent dans le second cas. A. Desprès, dans sa *Monographie de l'érysipèle*, dit qu'il a relevé, pendant l'année 1861, à l'hôpital de la Charité, cent cinquante-neuf cas de plaies et de contusions accidentelles, cent vingt-trois cas d'opérations et soixante-six cas d'érysipèle. Dans soixante-deux de ces cas, quinze sont consécutifs à des opérations ; pour les quatre derniers cas, l'auteur n'indique pas leur origine. On voit, d'après cela, que la fréquence serait bien plus forte à la suite des plaies accidentelles.

Toutefois, cette statistique ne portant que sur une année, on ne peut s'en servir de base bien précise. Les résultats de Gosselin se rapprochent de ceux de Desprès. Depuis le 1er janvier 1862 jusqu'au 1er janvier 1869, Gosselin a eu à soigner, dans les hôpitaux où il a passé pendant ces sept années, deux cent soixante érysipèles traumatiques. Sur ce nombre, soixante-treize étaient consécutifs à des opérations, et cent quatre-vingt-sept à des plaies accidentelles. Or, il ne faisait guère plus de cent opérations par an avec le bistouri, et il entrait au moins cent vingt cas de plaies accidentelles dans le service. En calculant d'après ces données, on a, en sept années, soixante-treize érysipèles sur sept cents opérés et cent quatre vingt-sept sur huit cent quarante non opérés. Ces résultats concordent, comme on le voit, avec ceux de Desprès.

Les plaies accidentelles étant peu graves dans bon nombre de cas, on ne porte pas à les panser les mêmes soins et les mêmes précautions que pour les traumatismes opératoires, et c'est peut-être là une des causes de la plus grande fréquence de l'érysipèle dans les plaies accidentelles.

Si l'on veut faire rentrer dans l'érysipèle traumatique, dit M. Reynaud, tous les érysipèles qui prennent leur point de départ dans une solution de continuité de l'enveloppe tégumentaire, quelque petite et superficielle que soit cette solution de continuité, le nombre des érysipèles traumatiques devient de plus en plus considérable, et celui des érysipèles spontanés se réduit à une proportion minime.

Trousseau et Piorry faisaient remarquer que dans la presque universalité des cas d'érysipèle, en cherchant bien, on trouve une petite lésion cutanée.

Quelques auteurs ont prétendu que dans quelques cas rares, il est vrai, l'examen le plus scrupuleux ne permet de découvrir rien qui ressemble à une solution de continuité. Il est bien possible que la petite perte de substance ait échappé à ces auteurs, ou qu'elle ait été déjà fermée, ainsi que l'a montré Mettenheimer, au moment de leur observation.

Dans tous les cas, le nombre des érysipèles spontanés va toujours en diminuant, comme du reste le nombre des cas de bien d'autres maladies qui étaient spontanées avant que l'on eût découvert leurs causes, et nous croyons que, dans un avenir plus ou moins rapproché, l'érysipèle spontané disparaîtra du cadre nosologique.

Que dire de l'influence du sexe? Beaucoup d'auteurs ont prétendu que les femmes étaient plus souvent atteintes d'érysipèle que les hommes. C'est l'avis de Chomel et Blache, qui s'appuient sur des statistiques empruntées à Frank, à Louis et à eux-mêmes.

Si l'on consulte, au contraire, les statistiques de Fenestre,

A. Desprès, Ch. Martin, on trouve un bien plus grand nombre d'hommes que de femmes.

Ces différences peuvent s'expliquer assez facilement : Frank, Blache, Chomel, observaient dans des salles de médecine où ils ne voyaient que des érysipèles de la face ; leurs statistiques prouvent simplement que l'érysipèle de la face est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Au contraire, les observations de Fenestre, Ch. Martin, A. Desprès et Gosselin, prises dans des services de chirurgie, se rapportent à des érysipèles pour la plupart d'origine franchement traumatique, et prouvent que l'érysipèle traumatique est, d'une manière générale, plus fréquemment observé chez l'homme que chez la femme. Les chiffres de Gosselin portant sur sept années ne laissent aucun doute à cet égard : cent quatre-vingt-deux hommes et soixante-dix-huit femmes. Cela ne prouve pas que la femme soit moins exposée que l'homme à l'érysipèle traumatique, car la femme est aussi moins exposées aux plaies qui lui donnent naissance.

Pour avoir une statistique présentant quelque précision, il faudrait observer un même nombre d'opérations chez les hommes et chez les femmes et le nombre d'érysipèles dans les deux séries.

Au point de vue de l'influence atmosphérique, on a prétendu que la température et l'humidité avaient une action sur la fréquence de l'affection qui nous occupe ; le fait n'est pas démontré. Gosselin a observé cependant que l'érysipèle était plus fréquent pendant les mois de février et mars que dans les autres mois de l'année, et que le nombre de cas le plus faible correspondait aux mois d'octobre et de novembre. On verra, par la lecture de nos observations, que la plupart des cas d'érysipèle rapportés par nous se sont développés dans le mois de mars.

L'érysipèle est contagieux ; la question ne présente aujour-

d'hui de doute pour personne. Avant les recherches expérimentales contemporaines, les observations cliniques de Trousseau, Martin, Gosselin, Blin, Fenestre, l'avaient nettement démontré. C'est là la transmissibilité diffuse ou miasmatique, comme l'appelle Jaccoud ; elle est démontrée par des faits innombrables qui concernent non seulement les variétés graves de l'érysipèle, l'érysipèle puerpéral et le chirurgical par exemple, mais aussi les variétés plus légères qui appartiennent à l'érysipèle médical proprement dit. Elle se fait par les germes en suspension dans l'air. Un second mode de transmission est la transmission directe ou par inoculation. Ce fait a été établi par les expériences de Luckomsky, Neudorfer, et par les inoculations plus précises de Tillmanns, de Orth et de Fehleisen.

Quelle est donc la nature de cet agent infectieux ?

« S'il était au pouvoir de la science, disait Maurice Reynaud il y a une quinzaine d'années, de déterminer la nature de cet agent inconnu que l'observation clinique nous porte à admettre comme une sorte de postulatum, cette seule donnée contiendrait, à vrai dire, toute l'étiologie de l'érysipèle. » Et un peu plus loin : « Ce n'est pas que je considère le problème comme insoluble ; les beaux travaux de Davaine sur les maladies charbonneuses, ceux de Chauveau sur le virus vaccin et le virus variolique, les études si curieuses de Béchamp et Estor sur les microzymas, sont certes de nature à encourager les recherches dans le sens que je viens d'indiquer. Le progrès prévu par Reynaud est réalisé, et l'on peut dire que l'on est arrivé aujourd'hui à isoler et à cultiver l'agent infectieux de l'érysipèle. C'est là, du moins, l'opinion qu'exprime M. Dupeyrat dans sa thèse. (Thèse de Paris, 1880.)

Hueter, le premier, en 1868, signale la présence des monades dans les plaques d'érysipèle ; il les avait identifiées à celles du phlegmon. Nepveu fait la même constatation, mais

il trouve aussi des bactéries dans la sérosité de l'érysipèle et même dans le sang.

Recklingausen a trouvé, dans deux cas rapides d'érysipèle, les espaces lymphatiques de la peau remplis de micrococcus.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 26 mai 1885, Cornil, réparant un oubli fait par lui dans la séance précédente, déclare que le premier qui a cultivé le microbe de l'érysipèle est le Dr Doléris, qui fit, sous l'inspiration de Pasteur, sa thèse sur la fièvre puerpérale. Nous avons été étonné de voir le nom de M. Doléris oublié par M. Cornil dans son livre récent sur les bactéries.

En 1873, Orth expérimenta sur les animaux avec le liquide contenu dans les phlyctènes de l'érysipèle.

J'emprunte à la thèse de Dupeyrat, quelques-unes de ces expériences :

Le liquide d'une phlyctène est recueilli et examiné. Il contenait une multitude de bactéries sphériques. Ce liquide frais, inoculé au lapin, produisit des abcès dont le pus contenait les mêmes bactéries. Il inocula le pus de ces animaux et produisit des abcès et des œdèmes renfermant les mêmes organismes. En multipliant les inoculations et en observant les lésions, il constata non seulement les abcès sous-cutanés et les œdèmes, mais encore une rougeur érysipélateuse à bords nets, envahissante, se recouvrant de phlyctènes et se compliquant parfois de gangrène cutanée.

Chez ces animaux, la fièvre se développait immédiatement après l'inoculation ; elle était à son apogée en moins de quarante-huit heures ; puis elle persistait, mais modérée. Il y avait un abaissement de température avant la mort.

Orth a inoculé aussi du liquide de culture, et pour éviter les objections, il a procédé de la manière suivante :

Il injecta d'abord 2 grammes de la solution de culture à un apin ; rien ne se produisit. Dans cette solution inerte, il sema

un peu de liquide extrait de la peau infiltrée d'un lapin mort à la suite d'injection de pus érysipélateux. Au bout de quelques jours, elle contenait une multitude de bactéries sphériques. Il injecta alors 2 centimètres cubes de ce liquide à un lapin, et l'animal présenta bientôt tous les phénomènes de l'érysipèle expérimental.

Orth a fait une série d'inoculations soit avec la sérosité elle-même prise chez un érysipélateux, soit avec le liquide de culture. Les résultats ont toujours été à peu près les mêmes.

Nous avons vu déjà que l'injection du liquide de culture n'a rien produit avant la culture. La culture une fois faite, Orth y versa une solution d'acide phénique et injecta ensuite 2 grammes de ce liquide à un lapin. Celui-ci ne présenta aucun phénomène.

Pour prouver que c'est bien la bactérie et non la sérosité seule qui produit l'érysipèle, Dupeyrat fit les deux expériences suivantes : il injecta à un premier lapin la sérosité d'une phlyctène d'érysipèle, et à un second la sérosité d'une phlyctène produite par l'application d'un sinapisme ; dans le premier cas, il y eut production d'érysipèle, dans le second, aucun phénomène ne fut observé.

Ces expériences prouvent nettement, d'après l'auteur, qu'il existe dans les liquides érysipélateux une bactérie qui seule peut donner naissance à l'érysipèle.

Fehleisen a fait des expériences de même ordre, mais plus intéressantes, car il a fait les inoculations sur l'homme lui-même, dans le but de faire rétrocéder certaines tumeurs. Il a toujours reproduit ainsi l'érysipèle avec ses caractères et sa marche typiques.

Puisque l'érysipèle est toujours produit par le streptococcus érysipélateux, comment se fait-il qu'à côté d'érysipèles bénins, on en observe aussi de fort graves, dans les services de chirurgie par exemple, ou chez les femmes dans la période puer-

pérale. Dans ces cas, le streptococcus de l'érysipèle n'est généralement pas le seul agent de l'infection; il se trouve mélangé aux micro-organismes de la suppuration et de la fièvre puerpérale.

M. Cornil a cultivé les organismes d'un érysipèle devenu phlegmoneux chez une malade du service de M. le professeur Sée. Il s'est développé, en même temps que le streptococcus de l'érysipèle, des cultures tout à fait caractéristiques du staphylococcus aureus (organisme de l'ostéomyélite).

Le streptococcus qui produit l'érysipèle se trouve-t-il aussi dans le phlegmon ? Au point de vue de sa forme en chaînettes, le microbe de l'érysipèle ressemble beaucoup au streptococcus pyogène. D'après Rosembach, il y aurait cependant une différence. Cornil la croit peu appréciable.

« En résumé, dit ce dernier, s'il existe encore un doute relatif à l'identité ou à la non identité du streptococcus provenant de l'érysipèle et de celui qui existe dans certains phlegmons, il n'en est pas moins démontré que l'érysipèle est toujours causé par un streptococcus dont le siège dans le tissu conjonctif, dans les plasmas lymphatique et sanguin est parfaitement connu. »

M. Hervieux, dans la séance du 21 avril, ne fait aucune différence entre la septicémie chirurgicale, la septicemie puerpérale et l'érysipèle ; d'après lui, l'une quelconque de ces infections peut produire l'autre et réciproquement.

En présence des opinions différentes des auteurs sur ce sujet, nous avons cru utile d'entreprendre nous-même quelques expériences ; nous regrettons de les avoir commencées trop tard, et d'apporter des conclusions qui eussent été plus complètes si elles avaient été assises sur un plus grand nombre d'expériences.

Avant d'en donner le détail, nous indiquerons, une fois pour toutes, le manuel opératoire et les précautions dont nous nous

sommes entouré pour éviter l'apport des germes de l'air dans nos cultures.

Le bouillon employé a été le bouillon de Koch, stérilisé à 120° et placé dans des tubes de culture portés eux-mêmes à 150° et bouchés par un tampon de coton phéniqué. L'ensemencement a été fait au moyen d'un fil de platine rougi avant chaque opération ; les différentes cultures pour l'examen microscopique ont été placées sur des lames porte-objet au moyen de baguettes de verre flambées. Nous avons coloré nos préparations avec des violets de méthyle, désignés sous les noms de violet BBBBBet 350 N.

La coloration a été faite de la façon suivante : la goutte de culture, transportée d'abord sur la lame avec la baguette flambée, nous avons attendu sa dessication ; nous l'avons ensuite colorée en y étendant une goutte de violet. Après la dessication du colorant, nous avons lavé avec l'essence de girofle, qui décolore toutes les parties, sauf les micro-organismes. Les préparations ont été ensuite montées dans le vernis.

Le 31 juillet, le malade qui fait l'objet de l'observation XII nous a fourni du pus d'érysipèle phlegmoneux. L'examen de ce pus a été fait sans coloration, nous voulions nous assurer si le caractère d'immobilité de micro-organisme de l'érysipèle, auquel Orth et Dupeyrat donnent une si grande importance, existait en réalité. La préparation, examinée avec soin, nous a montré au milieu des globules de pus et des globules de sang des granulations isolées, des diplococcus, des associations de ces granulations en chapelet, tous éléments décrits comme micro-organismes de l'érysipèle ; ils étaient tous animés de mouvements de rotation et de translation très apparents.

Nous croyons donc que le caractère d'immobilité, que les auteurs précédents donnent comme un caractère pathognomonique du microbe de l'érysipèle, ne doit pas conserver l'importance que ces auteurs lui ont donnée. Du reste, M. Cornil,

qui s'est beaucoup occupé de cette question, ne parle nulle part de cette immobilité.

Le même jour, nous avons fait avec ce pus une culture dans le bouillon de Koch. Un tube témoin et le tube ensemencé ont été laissés à la température du laboratoire qui était, à ce moment, de 20 à 25 degrés.

Le 1er août, le tube ensemencé avait conservé sa clarté; les micro-organismes n'avaient donc pas proliféré. Ce fait ne nous a pas étonné, car on sait aujourd'hui que les cultures de liquides pris chez des malades atteints de fièvre intense ne réussissent qu'à une haute température.

Les deux tubes furent alors placés dans une étuve à 35°. Ce même jour, nous avons examiné des préparations de pus colorées, et nous avons observé, colorés en bleu intense, les ganulations, les diplococcus et les chapelets dont nous avons parlé plus haut.

Ces formes correspondent aux descriptions et aux dessins qu'en donne Cornil dans la discussion à l'Académie et dans son récent livre qu'il a fait en collaboration avec M. Babès.

2 août. Le tube ensemencé est trouble. Le tube témoin est resté clair ; je me dispenserai de répéter ce fait, qui a été observé dans toute la série de nos observations.

Le liquide du tube ensemencé, examiné sans colorant, nous présente une grande quantité de diplococcus et des chaînettes de granulations animés de mouvements.

A 10 heures du matin, injection sous la peau d'un cobaye de 1 centimètre cube du liquide de la culture. Temp. avant l'expérience : 38°,6. Ensemencement des micro-organismes de la culture dans un nouveau tube. Pour rendre cette description plus claire, nous appellerons la première culture A et la seconde B.

3 août. Culture A colorée et examinée : micrococcus en grand nombre, association par deux et en chapelet, et enfin association en carré.

Culture B examinée sans coloration : quelques diplococcus, chapelets très longs. Ensemencement de la culture B dans un troisième bouillon que nous appellerons C.

Temp. du cobaye à dix heures du matin : 40°,9. Pas d'accidents locaux au niveau du point injecté.

4 août. Examen de la culture B : chapelets très longs ; les diplococcus tendent à disparaître. Quelques bâtonnets fort rares.

Culture C : longs chapelets, très rares diplococcus, granulations isolées encore plus rares, pas de bâtonnets.

Cobaye. Temp. : 40°. Peau rouge et tuméfiée dans l'étendue d'une pièce de 1 franc.

Sur un deuxième cobaye, incision à la peau ; on dépose sur la plaie du pus d'érysipèle phlegmoneux. Temp. avant l'opération : 37°,5.

Examen de pus de bonne nature pris chez un enfant amputé : granulations, diplococcus, chapelets en tout semblables aux éléments observés dans le pus de notre érysipélateux de la salle Saint-Eloi.

Culture de ce pus. Nous l'appellerons E.

5 août. Examen de la culture B : chapelets très longs, un plus grand nombre de bâtonnets (transformation probable des granulations).

Examen de la culture C : toujours des chapelets ; la transformation en bâtonnets n'est pas encore bien nette, cependant nous en observons quelques-uns.

Cobaye I. Temp. : 38°,5. La tuméfaction de la peau a augmenté, la rougeur ne s'est pas étendue. Incision à son niveau ; il s'écoule du sang mêlé de pus. Examen de ce liquide ; on observe : des granulations isolées, des diplococcus, des chapelets, éléments analogues à ceux observés dans le pus érysipélateux et dans le pus de bonne nature.

Cobaye II. Temp. : 38°,4, pas d'accidents locaux.

6 août. L'examen des cultures B et C montre toujours des granulations en chapelet et des bâtonnets en plus grand nombre ; quelques-uns se trouvent encore bout à bout.

Examen de la culture E. Longs chapelets de formes diverses, à peine quelques diplococcus. La présence des micro-organismes dans le sang du cobaye I nous suggère l'idée d'examiner le sang du cobaye II et le sang d'un cobaye sain. Ces deux séries de préparations n'ont donné aucun résultat ; mais la culture de ces deux sangs a fourni pour le cobaye II des éléments en tout semblables à ceux de la culture du cobaye I, et pour le cobaye sain des granulations associées deux à deux, mais d'une dimension quatre ou cinq fois plus considérable que celle des précédentes. Le cobaye II, quoique n'ayant pas présenté de phénomènes locaux, avait donc bien été inoculé ; sa température élevée et la présence des éléments cités dans la culture de son sang semblent le démontrer. Sa température a été ce jour-là de 39°.

T. du cobaye I : 39°.

7 août. T. cobaye I : 39°,4. Les accidents locaux n'ont pas augmenté. Cobaye II : 38°,4. Pas d'accidents locaux.

Le 7 et le 8, nous avons fait des examens de bouillons en tout semblables à ceux des jours précédents, et nous avons obtenu des résultats qui ont confirmé notre idée de la transformation des micro-organismes.

C'est ce jour que nous avons été obligé de suspendre nos expériences ; nous allons exposer les conclusions que nous croyons pouvoir en tirer.

Nous n'avons jamais observé l'immobilité dont parle Orth et Dupeyrat.

D'après la lecture de nos observations, on a pu s'assurer que les formes décrites par les auteurs comme spéciales au microbe de l'érysipèle ont été trouvées par nous dans le pus de notre malade érysipélateux de la salle Saint-Eloi ; mais ces

mêmes formes ont été trouvées aussi dans le pus de bonne nature pris chez l'enfant amputé. Ce fait nous porte déjà à croire que les micro-organismes décrits comme spécifiques de l'érysipèle ne peuvent, comme plusieurs auteurs l'ont écrit, être distingués des autres microbes rien que d'après leur forme. Nous ne voulons pas dire par là qu'il n'y a pas de microbe spécial de l'érysipèle, mais nous croyons pouvoir affirmer qu'il n'a pas une forme spéciale capable de le faire distinguer.

Nous croyons aussi devoir attirer l'attention sur les transformations différentes que nous avons observées par l'examen de nos cultures faites avec des liquides différents, qui contenaient tous les mêmes formes d'éléments au premier examen et qui ont tous donné la même série de transformations. Ces mêmes transformations ont été observées par mon ami le docteur Pradal, dans des cultures faites par lui avec du foie de lapin dans l'amidon. Ces dernières, faites par un procédé si différent du nôtre, nous confirment dans l'idée qu'on ne peut caractériser le microbe de l'érysipèle par la forme décrite par les auteurs.

Les inoculations faites sur les cobayes ne nous ont pas donné des résultats bien démonstratifs ; toutefois ils ont eu tous les deux de la fièvre, et l'un d'eux a présenté des accidents locaux assez intenses, accidents que je n'oserai pas appeler érysipèle. Les observations des auteurs qui prétendent avoir inoculé l'érysipèle aux animaux sont, du reste, tellement vagues que l'on se demande si c'est véritablement l'érysipèle qu'ils ont communiqué. Nous avons trouvé dans le sang des cobayes inoculés les mêmes formes que dans le pus de l'enfant et de l'érysipélateux ; de plus, les cultures de ce sang ont donné le même résultat que les cultures des deux pus. Dans tous les cas, si nos cobayes n'ont pas eu réellement l'érysipèle, cette similitude de formes prouve une fois de plus que la spécificité

du microbe de l'érysipèle réside ailleurs que dans sa forme.

Telles sont les réflexions que nous ont inspiré les quelques expériences qu'il nous a été donné de faire. Sans doute, cette question, encore obscure sur bien des points, a besoin d'être étudiée avec soin. Nous regrettons que le peu de temps dont nous avions à disposer ne nous ait pas permis de continuer nos recherches.

Nous espérons cependant que nos Juges sauront gré de cette tentative à un élève livré à ses propres forces et dont le bagage médical est encore bien léger.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'érysipèle est de date récente.

Ici, comme dans l'inflammation banale, les travaux de Cohnheim on jeté une vive lumière. Pour Ribes et Cruvelhier, l'érysipèle était l'inflammation du réseau veineux de la peau. D'après Blandin, les lésions atteignaient en même temps la trame de la peau et les lymphatiques ; il y avait à la fois cutite et lymphangite.

Les recherches de Vulpian, en 1868, celles de Wolkmann, de Steudener, en 1869, les travaux de Cadiat et surtout ceux du professeur J. Renaut, confirment cette assertion. Il y a d'abord une stase dans les vaisseaux sanguins, puis les globules blancs traversent les parois et entourent les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les leucocytes émigrent ensuite, et cette émigration est très rapide ; ils envahissent les interstices des fibrilles ; ils sont plus abondants dans le derme que dans les papilles. Les cellules plates prolifèrent. On observe aussi la formation d'un exsudat séro-fibrineux dans le derme, le tissu sous-cutané et souvent aussi dans les couches sous-épidermiques, ce qui explique la formation des phlyctènes. Wolkmann et Steudener ont montré que cet exsudat renferme une quantité

considérable d'éléments cellulaires analogues aux leucocytes.

Lorsque les symptômes aigus de l'érysipèle cessent, la diapédèse s'arrête ; il y a régression et absorption rapide des globules extravasés. On observe de plus une grande quantité de micrococcus. Ils sont réunis deux par deux ou en chapelet, présentant souvent la forme sinueuse ; ils sont situés dans les espaces interfasciculaires, dans les vaisseaux lymphatiques et dans le tissu adipeux sous-cutané.

L'érysipèle peut provoquer des lésions dans des tissus plus ou moins éloignés de son siège. Je ne ferai que citer les ulcérations duodénales, signalées par Larcher en 1864, l'endocardite et la péricardite, indiquées par Jaccoud. On trouvera un exemple de cette complication dans l'observation première.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans le plus grand nombre des cas, l'érysipèle est annoncé par des symptômes généraux. Le malade éprouve d'abord un frisson généralement assez intense et comparable à celui des fièvres intermittentes ou à celui de la fièvre urineuse, accompagné de claquement de dents, de tremblement des membres et de vive sensation de froid. Puis la chaleur devient intense, la température monte rapidement et atteint bientôt 39, 40 et même 41 degrés. Le pouls devient fort et fréquent, la soif est ardente ; le malade se plaint de céphalalgie; il a de l'insomnie et parfois du délire, puis surviennent des nausées et des vomissements alimentaires, bilieux ; la bouche est amère et la langue saburrale.

Ce début par les symptômes généraux, sans être constant, s'observe dans la plupart des cas, et il est bien rare que l'érysipèle lui-même attire le premier l'attention du médecin. Dans la plupart de nos observations, chaque début d'érysipèle ou chaque poussée nouvelle a été précédé du frisson et des autres symptômes généraux. Ce n'est que de quelques heures à un jour après, que la maladie achève de se caractériser par l'apparition d'une rougeur au niveau de la solution de conti-

nuité. En même temps, la plaie se modifie, les bords en sont tuméfiés ; les bourgeons, charnus jusqu'alors, rouges et humides, se sèchent et s'affaissent ; la suppuration s'arrête, et les ganglions où se rendent les lymphatiques qui émanent de la blessure sont engorgés et douloureux. Ce dernier symptôme est connu depuis longtemps ; Hoffman, Borsieri, J. Frank, l'ont tour à tour signalé. Certains auteurs, Chomel, Blandin, Grisolle, l'ayant observé avant l'apparition de l'exanthème cutané, l'ont donné comme un des prodromes de l'érysipèle. Chomel insiste beaucoup sur l'importance de ce signe.

Il ne faut pas toutefois donner à ce prodrome une valeur exagérée, car si l'on observe attentivement les faits, on voit, surtout dans les érysipèles qui occupent le tronc et les membres, l'engorgement ganglionnaire paraître postérieurement à la rougeur.

S'il en est autrement à la face, cela tient à ce que, dans bon nombre de cas, l'érysipèle a débuté dans le nez ou dans le pharynx, et que ce n'est qu'un ou plusieurs jours après qu'il apparaît au dehors.

La plaque érysipélateuse commence d'abord par une rougeur plus ou moins vive, disparaissant sous la pression du doigt, et dont les limites sont encore peu précises. Bientôt la rougeur s'étend et s'accentue, la peau est tendue et luisante, la plaque érysipélateuse se termine brusquement et sans transition. A ses limites on trouve une sorte de relief, un bourrelet plus sensible au toucher qu'à la vue.

Au delà de cette limite, la peau paraît saine et a sa coloration normale. A cette période, le frisson ne se renouvelle pas, les nausées et les vomissements ont disparu ; la fièvre persiste et la température oscille entre 38° et 40° avec une exacerbation vespérale ; l'anorexie est encore complète ; le sommeil du malade est troublé par des rêves fatigants ; pendant la veille,

il y a souvent du délire, surtout s'il est alcoolique.

L'aspect de la plaque érysipélateuse varie un peu lorsqu'elle siège sur certaines parties du corps ; ainsi, au cuir chevelu, où le tissu sous-cutané est très dur, très serré, la coloration et le gonflement sont très peu marqués. Dans les parties au contraire où le tissu cellulaire est lâche, comme aux paupières, aux grandes lèvres, aux bourses, il se manifeste souvent un œdème considérable qui exagère le volume de ces parties et rétrécit certaines ouvertures naturelles.

Quelquefois l'érysipèle, après s'être étendu pendant quelque temps, semble s'arrêter et reste stationnaire pendant vingt-quatre heures, puis il reprend sa marche ; les symptômes généraux, qui, eux aussi, avaient paru s'amender, subissent une nouvelle exacerbation au moment de cette reprise.

Nous avons vu ce phénomène se produire dans plusieurs de nos observations.

Parfois, après un de ces légers temps d'arrêt qui est suivi d'une nouvelle exacerbation, on voit, non plus la même plaque s'étendre, mais une nouvelle plaque se produire à côté d'elle, et par ses progrès aller rejoindre la première. Plusieurs plaques successives peuvent ainsi, en se réunissant, produire un érysipèle d'une grande étendue. C'est à ce mode d'extension de la maladie que Velpeau a donné le nom d'*érysipèle serpigineux*.

Dans les cas où l'érysipèle dure longtemps et envahit successivement une grande partie du corps en passant d'un membre à l'autre, on voit la rougeur s'éteindre sur les points primitivement attaqués, à mesure qu'elle fait des progrès dans un autre sens. C'est cette marche qui caractérise l'érysipèle dit ambulant.

Plusieurs des cas que nous avons observés, et surtout celui qui fait l'objet de l'observation V, présentent l'exemple de ce mode de propagation. L'érysipèle fixe, au contraire, s'étend

pendant quelques jours sans s'affaiblir sur aucun point, puis diminue et disparaît progressivement sur toute l'étendue de la surface qu'il a occupée.

A ce moment, si, comme cela arrive le plus fréquemment, le malade doit guérir, on voit peu à peu les symptômes s'amender : la fièvre diminue, la soif est moins vive, la langue se nettoie, l'appétit et le sommeil reviennent. La rougeur, qui avait cessé de s'étendre, pâlit, le gonflement disparaît peu à peu et le malade entre en convalescence.

Mais lorsque l'issue doit être fatale, l'adynamie se prononce, la température reste élevée, la langue se sèche et se recouvre ainsi que les dents de fuliginosités, une diarrhée rebelle s'établit, la face se grippe, des eschares se produisent au sacrum ou aux trochanters, et le malade succombe avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave.

Les auteurs ont l'habitude de décrire des variétés de l'érysipèle; ces variétés dépendent de différences observées dans les symptômes locaux ou dans les symptômes généraux. En général, ces variétés résultent de complications qui rendent le pronostic de la maladie beaucoup plus grave. Nous avons déjà vu que, suivant la marche suivie par l'exanthème, l'érysipèle était fixe, ambulant, serpigineux. On a beaucoup multiplié ces espèces d'érysipèles, et Lepelletier (de la Sarthe), dans son mémoire, en a admis jusqu'à quatorze. Si l'on considère les phénomènes locaux, on voit que les variétés le plus souvent observées sont l'érysipèle phlycténoïde, l'érysipèle phlegmoneux et l'érysipèle gangréneux. La plupart de nos observations relatent des exemples des deux dernières variétés.

Dans l'érysipèle phlycténoïde, on voit, dès le début de la deuxième période, l'épiderme soulevé par places par une infiltration de sérosité épanchée au-dessus du derme. Au bout de quelques jours, les phlyctènes s'ouvrent et l'épiderme déchiré tombe. Lorsque la phlyctène est assez considérable, le derme

dénudé sécrète un liquide purulent qui se solidifie et forme une croûte. Ces infiltrations de sérosité n'ont aucune signification pronostique et ne changent en rien le caractère et la marche de la maladie.

L'érysipèle phlegmoneux est tantôt diffus et tantôt circonscrit.

Dans le premier cas, c'est un véritable phlegmon diffus que nous n'avons pas à décrire ici, avec tendance à la suppuration et à la gangrène du tissu conjonctif sous-cutané, puis à son élimination sous forme d'eschares blanches et molles. Dans le second cas, il y a formation de quelques abcès sous-cutanés, mais sans gangrène et sans eschares.

Pendant les premiers jours de la maladie, on n'observe rien de particulier ; c'est seulement plus tard qu'on trouve,de préférence sur le trajet des lymphatiques, d'abord un empâtement douloureux, puis une tension avec état luisant de la peau et enfin la fluctuation. L'incision de ces abcès donne un pus crémeux et sans mélange d'eschares. En général, ils n'ont pas une grande gravité, et souvent leur incision est suivie d'un amendement notable dans les symptômes généraux.

Dans l'érysipèle gangréneux, on voit apparaître sur la plaque érysipélateuse une ou plusieurs taches noires et humides, avec phlyctène sanguinolente. Ces taches sont des eschares de la peau destinées à être éliminées.

Nous avons relaté dans l'observation IX un exemple d'érysipèle gangréneux des bourses qui se termina par la mort.

Gosselin a décrit une variété d'érysipèle gangréneux dans lequel la gangrène de la peau est primitive, c'est-à-dire qu'après le début de la maladie par les symptômes généraux ordinaires, la lésion locale commence par une eschare, la peau se mortifiant avant d'avoir été rouge. Puis l'eschare cesse de gagner, tandis que la rougeur érysipélateuse continue au contraire à s'étendre.

L'érysipèle gangréneux est d'autant plus grave qu'il se manifeste habituellement chez les vieillards et chez les adultes cachectiques ou affaiblis par une maladie antérieure ; aussi le pronostic, sans être fatal, est-il des plus graves.

On a aussi établi des variétés d'érysipèle en se basant sur les symptômes généraux qui, dans certains cas, prennent une importance considérable. C'est ainsi qu'on a distingué l'érysipèle à forme typhoïde, bilieuse, etc. Ces variétés ne répondent en somme qu'à l'exagération de certains symptômes généraux qui, dans ces cas, deviennent prépondérants et attirent sur eux l'attention et la sollicitude du médecin.

PRONOSTIC

Les opinions les plus variables ont été émises sur la gravité de l'érysipèle, les uns considérant cette affection comme grave, les autres la déclarant relativement bénigne. Cette divergence d'opinions, ici comme sur bien d'autres points, résulte du point de vue auquel les auteurs se sont placés et des circonstances dans lesquelles les érysipèles se sont développés.

Les uns, en effet, ont observé des érysipèles consécutifs à de grandes solutions de continuité, comme ceux qui prennent naissance après les opérations et les plaies accidentelles ; les autres, au contraire, n'ont devant les yeux que des érysipèles survenus à la suite de petites solutions de continuité, c'est-à-dire le plus grand nombre des érysipèles de la face.

Chomel disait n'avoir jamais vu périr un malade d'érysipèle de la face ; cette assertion me paraît un peu exagérée.

Il est certain que l'érysipèle de la face, celui que l'on observe dans les services de médecine, est une affection qui est bénigne dans la grande généralité des cas et se termine ordinairement par la guérison.

Quant à l'érysipèle traumatique, celui qui survient à la suite d'une solution de continuité d'une certaine étendue, on peut

dire qu'il est toujours grave, quelle que soit la partie du corps qu'il atteint.

D'après Gosselin, l'érysipèle qui se produit autour des solutions de continuité récentes et où la suppuration n'est pas encore établie est plus grave que celui qui survient autour de suppurations établies depuis longtemps.

C'est probablement pour cette raison que l'érysipèle opératoire est plus souvent mortel que les autres.

L'état général du malade a aussi une grande influence sur la terminaison de la maladie ; l'âge, la constitution du blessé, ses diathèses, doivent être mis en ligne de compte. A chaque instant, on voit en clinique la gravité qu'acquiert chez les alcooliques, les albuminuriques, les diabétiques, un érysipèle qui chez un sujet sain eût été une affection relativement bénigne.

Un assez grand nombre de statistiques ont été établies par les auteurs pour déterminer la mortalité dans cette affection. Gosselin donne les chiffres suivants : de janvier 1862 à janvier 1869, il a eu à soigner deux cent soixante cas d'érysipèle traumatique ; il eut soixante-dix morts et cent quatre-vingt-dix guérisons ; ce qui donne une mortalité de 27 pour cent. Dans ces deux cent soixante cas sont comptés tous les érysipèles tant opératoires que non opératoires. Si l'on sépare les deux catégories, on voit que le nombre des érysipèles opératoires a été de soixante-treize, et celui des morts de trente-deux, soit 45 pour cent. Pour les érysipèles non opératoires, qui sont au nombre de cent quatre-vingt-sept, il y eut trente-huit morts, soit 20 pour cent.

M. Verneuil, par la lecture d'un long et intéressant travail sur l'érysipèle et la méthode antiseptique, a soulevé, cette année, au sein de l'Académie de médecine, une discussion qui a jeté la plus vive lumière sur ce sujet. M. Verneuil montre que l'érysipèle est devenu beaucoup plus rare dans les ser-

vices de chirurgie depuis que l'on emploie la méthode antiseptique. Il compare par série de trois années le nombre des cas observés par Gosselin et par lui dans le même service à la Pitié.

Pendant les trois années 1862, 63, 64, Gosselin eut cent trente-trois érysipèles et trente et un décès. Pendant la période triennale 1865, 66, 67, il fit adopter une série de mesures hygiéniques (ventilation des salles, séparation des malades atteints, refus d'admission des érysipèles venant du dehors, adoption des caustiques pour l'ablation des tumeurs du sein, abandon à la nature des abcès post-puerpéraux du sein), à la suite desquelles le nombre des érysipèles diminua notablement, sans apporter cependant aucune modification aux pansements. Il eut pendant ces trois années quarante-cinq cas avec neuf décès.

Quand M. Verneuil prit le service, il abandonna les précautions prises par Gosselin, mais il employa rigoureusement la méthode antiseptique. Pendant 1877, 78, 80, il eut trente cas et sept décès.

Tous les membres de l'Académie sont unanimes à reconnaître la diminution des cas d'érysipèle depuis l'emploi de la méthode antiseptique, et chacun donne des statistiques plus ou moins favorables ; certains même, A. Guérin, Trélat, prétendent n'avoir plus eu d'érysipèles depuis qu'ils emploient la méthode antiseptique.

Nous relatons dans nos observations douze cas d'érysipèle sur lesquels trois décès se sont produits, ce qui ferait une mortalité de 25 pour cent.

TRAITEMENT

A l'époque actuelle, après des tentatives de tout genre, l'opinion générale est que, l'érysipèle une fois déclaré, aucun traitement ne peut l'arrêter et l'empêcher de suivre à peu près fatalement sa marche. Il résulte de là que le traitement prophylactique acquiert dans cette affection une importance prépondérante.

La discussion qui a eu lieu cette année à l'Académie a montré que l'antisepsie était le seul moyen de préserver les blessés de l'érysipèle, et que depuis l'emploi de cette méthode, le nombre des cas et même la gravité de cette maladie avaient diminué dans une proportion considérable. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, mais ils diffèrent sur le choix du pansement, et chacun préconise celui qu'il emploie.

Il est évident qu'il y a plusieurs moyens d'arriver au même but ; que l'on tue les microbes ou qu'on les empêche d'arriver sur les plaies, le résultat est atteint dans les deux cas. Les pansements préconisés par M. Trélat, pansements antiseptiques rares qui réunissent les deux moyens d'action, nous paraissent devoir être préférés aux autres. Nous avons vu les bons effets

de ces pansements en 1884, dans le service de M. Tédenat. Le même pansement était laissé dix et douze jours.

On devra de plus, dans les opérations, et pendant que l'on fait les pansements, suivre les règles de l'antisepsie la plus rigoureuse. Sous ce rapport, M. le professeur Dubrueil a pris une mesure excellente : il a remplacé par le coton hydrophyle, les anciennes éponges qui servaient pour tous les malades indistinctement, et sur la propreté desquelles il était permis d'élever des doutes.

M. Verneuil a montré, dans sa communication à l'Académie, que malgré l'emploi de la méthode antiseptique la plus rigoureuse, des cas d'érysipèle s'observent de temps en temps à l'hôpital. Ces cas ont une double origine : les uns se développent chez les malades déjà en traitement à l'hôpital ; les autres viennent de l'extérieur. Il faut se hâter, dans le premier cas, d'extraire l'érysipélateux du service et de l'isoler des autres malades, qui courent le risque d'être infectés ; les érysipélateux venus du dehors seront également isolés. Le malade qui fait l'objet de l'observation VII, et qui était couché salle Saint-Eloi n° 22, fut opéré le 25 mars 1885. Le lendemain, son voisin, couché au n° 21, est atteint d'un érysipèle de la face ; cinq jours après, il est lui-même atteint d'un érysipèle de la main et de l'avant-bras. Ce résultat était à prévoir, étant donné le voisinage de ces deux malades.

Il est donc nécessaire, et l'Académie de médecine a émis un vœu dans ce sens, d'avoir dans les hôpitaux un pavillon ou au moins une salle séparée destinée au traitement des érysipélateux.

Si, malgré toutes les précautions prises, une épidémie d'érysipèle se déclare, il est bien évident qu'il faut s'abstenir de toute opération pour si légère quelle soit, et faire tous ses efforts pour empêcher les malades déjà opérés d'être atteints.

Nous ne dirons que quelques mots du traitement curatif, que

l'on peut diviser en traitement local et traitement général. Nous pensons que c'est ce dernier qui a le plus d'importance. Un nombre considérable de traitements locaux ont été préconisés, et l'on peut dire que jusqu'ici tous ont été à peu près inefficaces.

Pendant l'épidémie que nous avons observée, M. le professeur Dubrueil a fait appliquer localement en badigeonnage une mixture dont la formule a été donnée par la *Semaine médicale* du 25 mars 1885.

Sa composition est la suivante :

Extrait fluide de jaborandi . .	18 gramm.
Glycérine	3 —
Laudanum de Sydenham . . .	3 —

On badigeonnait toute la plaque d'érysipèle en dépassant ses limites.

Dans quelques cas, ce médicament nous a paru enrayer, dans une certaine limite, la marche locale de la maladie ; il calmait les douleurs, et plusieurs malades en réclamaient l'application. Le nombre de nos observations est trop restreint pour nous permettre de tirer des conclusions à ce sujet ; nous nous contentons de signaler ce moyen, qui, employé sur un plus grand nombre de cas, pourra peut-être rendre des services.

Quant au traitement général, l'expérience a démontré qu'il fallait s'en tenir à l'expectation, tout en étant prêt à remplir les indications à mesure qu'elles surgiront et à combattre les symptômes qui, par leur violence, constitueraient un danger pour le malade. On donnera un vomitif au commencement, si l'on constate des troubles gastriques ; pendant le cours de la maladie, les toniques, tels que le vin, l'alcool, l'extrait de quinquina, et les antithermiques, sulfate de quinine, antipyrine, feront tous les frais de la thérapeutique.

CONCLUSIONS

1° L'érysipèle est une maladie contagieuse. Il est probable qu'il existe un microbe spécial de cette affection ; mais sa forme et les autres caractères (immobilité) donnés par les auteurs ne sont pas capables de le faire distinguer des autres micro-organismes.

2° L'antisepsie la plus rigoureuse doit être employée pour mettre les blessés à l'abri de cette complication.

3° Si, malgré les précautions prises, un cas se déclare dans un service de chirurgie, il faut l'isoler immédiatement.

OBSERVATIONS

Observation Première

Prise dans le service de M. Tédenat

Paul Bertrand, âgé de quinze ans, cordonnier, entré à l'hôpital le 1er mars 1884, salle Saint-Eloi, nº 52.

Tempérament scrofuleux, constitution chétive.

Pas d'antécédents pathologiques.

Mère morte d'apoplexie à cinquante-deux ans.

Père mort asthmatique à soixante-huit ans.

Un frère, mort au service d'une tumeur au genou.

Une sœur, âgée de dix-neuf ans, se portant bien.

Le malade présente, au côté droit du cou, une tumeur assez volumineuse formée par les glanglions lymphatiques de la région. Elle est indolente, assez dure et mobile; elle aurait débuté seulement il y a quinze jours, au dire du malade.

Pas de rougeur à la peau.

On fait faire sans succès pendant trois semaines des frictions avec une pommade à l'iodure de potassium. A partir du premier avril, on fait, tous les deux jours, avec la seringue de Pravaz, des injections dans la tumeur avec la solution suivante :

Liqueur de Fowler..... } aà 20 gr.
Eau distillée..... }

On donne à l'intérieur tous les jours : chlorure d'or et de sodium 0,01 centigr. en trois pilules.

15 avril. La tumeur n'a pas diminué, elle semble plus mobile.

17. Une adénite se déclare du côté gauche, à peu près au même niveau que du côté opposé.

25. On constate à la partie antérieure da la tumeur du côté gauche une petite surface rouge, où l'on perçoit un peu de fluctuation. Le malade ressent de la douleur à ce point.

1er mai. On ouvre le petit abcès et on y introduit un crayon d'iodoforme. On applique par-dessus un pansement de Lister.

8. Deux crayons d'iodoforme, pansement de Lister. La tumeur présente le même aspect.

13. Le malade éprouve du malaise, léger frisson ; il est obligé de se coucher à 10 heures du matin ; nausées, céphalalgie, fièvre.

14. Un érysipèle s'est déclaré en avant de la tumeur, fièvre. P., 124.

On ordonne : tartre stibié, 0,05 centigr., et une potion avec 3 gr. de salicylate de soude comme antithermique.

15. L'érysipèle s'est étendu aux deux paupières et jusqu'au sillon naso-génien. P., 120. Salicylate, 3 gr. On badigeonne la plaque d'érysipèle avec une solution d'acide phénique et d'alcool en parties égales.

16. Le nez est envahi. P., 108. Salicylate, 3 gr. Badigeonnage avec acide phénique. En auscultant le cœur on perçoit un bruit de souffle au premier temps et à la pointe.

17. P. 120. T. s., 40°. Le souffle est plus rude.

18. P., 88. T. m., 39°. On supprime le salicylate et on prescrit : sulfate de quinine, 1 gr., et des lotions froides. T. soir 38°,8.

19. T., 38° le m.; 39° s. L'érysipèle décline.

20. T. m., 38°. L'érysipèle est à peu près guéri. On supprime le sulfate de quinine.

23. Desquamation. Le malade se lève; la tumeur semble avoir un peu diminué de volume. Ce cas fut isolé.

Observation II

Femme de cinquante-cinq ans. Entrée au commencement du mois de mars dans le service de M. Dubrueil, salle Sainte-Marguerite, n° 1. Elle est atteinte d'une tumeur épithéliale du front et de la joue.

3 mars. On fait la ligature de la tumeur du front par la méthode de Lucke.

5. La masse principale de la tumeur est détachée.

6. Ligature simple d'une petite portion qui avait échappé à la ligature principale. Extirpation de la masse adhérente à la joue et d'un ganglion situé à la face interne du maxillaire inférieur. T. s., 38°,9.

7. T. m., 39°,2. La malade n'a pas souffert dans la journée d'hier. La paupière inférieure est enflée. Gaze iodoformée dans la cavité de la plaie ; on met un point de suture en haut pour en rétrécir l'ouverture. On prescrit une potion avec 2 grammes d'antipyrine, à prendre par cuillerée toutes les heures. T. s., 40°.

8. T. m., 38°,6. La malade est atteinte d'érysipèle de la face ; elle a eu des vomissements. La portion de tumeur liée séparément est tombée. On prescrit un verre d'eau de Pullna pour le lendemain matin. T. s., 39°,2.

9. T. m., 38°,4. L'érysipèle s'étend au cuir chevelu. La malade a vomi l'eau de Pullna. Pansement à la vaseline. T. s., 39°.

10. T. m., 38°,5. L'érysipèle a décliné, le gonflement a diminué. La plaie est en bon état ; on revient à la gaze iodoformée. La malade se plaint d'insomnie. On prescrit 2 grammes de chloral. T. s., 39°,2.

11. T. m., 38°,2. La malade a dormi ; mieux sensible. T. s., 39°,3.

12. T. m., 38°,7. La malade a eu beaucoup de diarrhée ; langue sèche, toux. L'auscultation de la poitrine ne révèle rien d'anormal. Prescription : S. nit. de bismuth, 2 grammes, décoction blanche. La plaie est dans un état satisfaisant. T. s., 39°,4

14. Langue sèche, grande faiblesse. T. s., 38°,9.

15. T. m., 38°,3. Langue rôtie. Etat satisfaisant des plaies. On prescrit une potion avec extrait de quinquina, 4 grammes. T. s., 39°.

16. T. m., 39°. Adynamie prononcée, congestion à la base des deux poumons. Prescription : potion de Tood et potion avec kermès, 15 centigr. T. s., 39°,4.

17. T. m., 38°,2. Même état de la langue et des poumons. On découvre un érysipèle du dos et de la poitrine. Continuer la potion de Tood. T. s., 39°,5.

18. T. m., 38°,4. L'érysipèle continue sa marche. La langue paraît un peu moins sèche. Rien de particulier du côté des plaies. Potion alcoolique. T. s., 39°,6.

19. T. m., 39°,5. L'érysipèle a continué sa marche à la face postérieure du tronc. La congestion pulmonaire a augmenté. Même traitement. T. s., 39°,4.

20. T. m., 39°. Nouvelle poussée d'érysipèle sur les deux fesses et sur le bras droit. L'état général est mauvais. T. s., 39°,6.

21. T. m., 38°,9. L'érysipèle continue sa marche descendante. T. s., 39°,7.

22. T. m., 39°,8. La malade s'affaiblit de plus en plus. L'érysipèle a augmenté du côté du bras droit.

23. La malade a succombé dans la matinée. L'autopsie n'a pu être faite.

Observation III

Femme de cinquante ans, lessiveuse, constitution bonne, tempérament sanguin, couchée salle Notre-Dame, n° 3. Opérée, le 12 mars 1885, d'une tumeur fibreuse siégeant à la partie supérieure et externe de la jambe droite ; incision suivant le grand axe de la tumeur. Le sciatique poplité externe est englobé dans la tumeur au niveau de la partie moyenne. Dissection lente et minutieuse. Des filets nerveux se

rendant à la tumeur sont sacrifiés. Morcellement de la tumeur. La tête du péroné est indemne; prolongement peu volumineux sous le tendon du biceps. L'articulation est respectée. Hémorrhagie en nappe nécessitant l'application de la bande d'Esmarch. Suture et drain au fond de la plaie. Pansement antiseptique et compressif. T. s., 38°,4.

13 mars. T. m., 40°. La malade a souffert hier toute la journée. Pansement; suintement sanguin assez abondant. Une hémorrhagie assez abondante se fait par l'angle supérieur de la plaie. On enlève les points de suture; caillots volumineux dans le fond. Deux artères sont liées; on met un drain au fond de la plaie. Pansement à l'iodoforme. Œdème du pied déterminé par la compression. T. s., 40°.

14. T. m., 38°,7. La malade a moins souffert.

Encore un peu de suintement sanguin. Potion avec 4 gr. d'antipyrine. T. s., 38°,9.

15. T. m., 38°. Pouls très petit, très fréquent, 140. La plaie est en bon état. Continuer l'antipyrine, potion avec teinture de digitale X gouttes. T. s., 38°,7.

16. T. m., 38°,3. L'état de la malade s'est aggravé. Langue sèche, rouge sur les bords. Œdème considérable du pied. Mortification des bords du lambeau. Rétention des produits putrides. On draine la partie inférieure de la plaie. Décollement sur la crête du tibia. On remplit la cavité de la plaie de boulettes de coton phéniqué. On remplace l'antipyrine par une potion avec X gouttes. d'acide phénique. T. s., 39°.

17. T. m., 38°,8. Le gonflement du pied prend un aspect érysipélateux; la mortification du lambeau s'est arrêtée. Le pouls est toujours fréquent. On continue la potion phéniquée, on prescrit de plus sulfate de quinine, 0. gr. 80. T. s., 39°.

18. T. m., 38°,8. L'érysipèle n'a pas augmenté ; il a pris le caractère phlycténoïde. On enlève le drain placé avant-hier, mais le décollement se poursuisant plus bas, on fait une autre contre-ouverture. Constipation. Prescription : Potion de Tood et un verre d'eau de Pullna. T s., 40°.

19. T. m., 38°,8. Plaque de sphacèle au niveau de l'extrémité inférieure de la jambe. On débride.

Les décollements ont augmenté d'étendue. T. s., 39°,6.

20. T. m., 38°,8. L'érysipèle n'a pas progressé. On passe un drain

allant de la contre-ouverture pratiquée en haut vers la crête du tibia jusqu'au point de sphacèle du pied. T. s., 40°,4.

21. T. m., 39°,2. La malade est isolée. Une nouvelle poussée phlegmoneuse se produit. On constate le sphacèle du tissu cellulaire par les ouvertures. Suppuration abondante. On fait une ouverture au niveau de la malléole interne. Langue rouge; un peu de muguet; Collutoire au borax et miel rosat. T. s., 40°,2.

22. T. m., 38°. L'état de la malade s'est légèrement amélioré, l'appétit a été meilleur.

Les plaques de gangrène ne se sont pas agrandies. T. s., 38°,8.

23. T. m., 38°,6. L'état général semble s'être amélioré. Décollement sur la face dorsale du pied; incision et drain. La plaie primitive a bon aspect, le sciatique apparaît couvert de bourgeons charnus. T. s., 40°.

24. T. m., 39°. L'érysipèle remonte du côté du genou, le pied et la partie inférieure de la jambe sont en meilleur état. Au pansement phéniqué on substitue un pansement à la vaseline recouverte de coton phéniqué; on continue la médication tonique. T. s., 40°.

25. T. m., 39°. Langue très rouge sur les bords, muguet. L'érysipèle ne s'est pas étendu du côté du genou, mais la rougeur et le gonflement du pied sont plus accentués. Potion avec 4 grammes d'antipyrine à prendre en trois fois. Supprimer la potion de Tood. T. s., 38°,6.

26. T. m., 39°. Même état. T. s., 38°,8.

27. T. m., 39°,3. L'érysipèle remonte du côté de la cuisse, où l'on constate une légère rougeur accompagnée d'œdème. Au niveau des malléoles, sphacèle du tissu cellulaire et de la peau. On remplace l'antipyrine par un gramme de sulfate de quinine. T. s., 40°,5.

28. T. m., 40°. L'œdème et la rougeur de la cuisse ont fait de tels progrès que la grande lèvre elle-même est atteinte. L'état général devient de plus en plus mauvais, le pouls est fréquent et petit. T. s., 39°,9. On fait des badigeonnages avec la mixture au jaborandi.

29. T. m., 38°,7. Facies profondément altéré; les narines sont pulvérulentes, la langue est rôtie. Eschare au sacrum. L'état local n'est pas plus grave, la jambe et la cuisse ont diminué de volume. T. s., 39°,7.

30. T. m., 39,°3. L'érysipèle, qui avait cédé du côté interne de la cuisse, apparaît au côté externe. Même traitement. Badigeonnage. T. s., 39°,5.

31. T. m., 38°,7. L'érysipèle est stationnaire à la cuisse, tandis qu'à la jambe, il continue à être phlegmoneux. La peau est décollée et amincie sur une grande étendue. T. s., 40°,4.

1er avril. T. m., 38°. L'état de la malade est à peu près le même. T. s., 39°,2.

2. T. m., 38°,6. La langue est couverte de muguet, la voix est altérée. La rougeur et l'œdème ont envahi toute la partie inférieure de la cuisse. L'état général est toujours très mauvais. T. s., 38°,7.

3. T. m., 38°,9. L'érysipèle a gagné la cuisse gauche; on y fait des badigeonnages avec la mixture au jaborandi. T. s., 38°,4.

4. T. m., 38°,2. La rougeur érysipélateuse de la cuisse gauche a pâli, l'œdème persiste. Badigeonnage avec la même mixture. La langue, tout en étant moins rouge, est toujours couverte de muguet. L'état général est défavorable. T. s., 38°,6.

5. T. m., 38°. La poussée érysipélateuse n'a pas augmenté; il semble même y avoir un peu d'amélioration. T. s., 38°,8.

6. T. m., 38°,5. On constate la présence du pus à la partie supérieure de la cuisse droite, qui nécessite deux ouvertures et un drain. T. s., 38°,8

7. T. m., 38°,3. Ouverture d'un abcès qui est formé à la face dorsale du pied. T. s., 39°. On continue les badigeonnages au jaborandi sur les parties non sphacélées.

8. T. m., 38°,2. Etat stationnaire. L'examen des urines y révèle une quantité considérable d'albumine. T. s., 37°,5.

9, 10, 11. L'état général reste toujours mauvais et la température ne dépasse pas 39°.

12. T. m., 38°. On ouvre un nouvel abcès à la partie supérieure de la cuisse droite; il en sort une petite quantité de pus sanguinolent. T. s., 38°,7.

13. T. m., 37°,7. Les parties décollées reprennent sur quelques points. Légère amélioration de l'état général. T. s., 38°,5.

14. T. m., 37°,6. Le mieux s'accentue. Pansement à l'iodoforme. T. s., 39°.

15. T. m., 37°,7. L'œdème du membre inférieur gauche, qui avait à peu près disparu, se reproduit dans des proportions considérables. L'état de la jambe droite reste stationnaire. Badigeonnage au jaborandi. T. s., 37°,8.

16. T. m., 37°,4. L'œdème du côté gauche a diminué. Au niveau

de la partie supero-externe de la cuisse droite, on incise un petit abcès superficiel. T. s., 38°.

17, 18, 19. Même état et même traitement. A partir de cette époque, l'état de la malade devint encore plus grave ; elle eut de l'albuminurie et mourut, le 12 mai, avec un œdème généralisé.

Observation IV

Baptiste Brun, soixante-dix-huit ans, propriétaire, entré à l'hôpital le 12 mars.

Corps étranger de vessie (fragment de sonde métallique).

12 mars. Tentatives d'extraction par les voies naturelles, avec les pinces de Robert et Collin, restées infructueuses. Hémorrhagie de l'urèthre. Sulfate de quinine, 1 gr.

14. Taille périnéale. Dilatation de la prostate par la méthode de Dolbeau. Insuccès. On finit la taille avec le lithotome. Extraction.

15. Pas de fièvre. Sulfate de quinine, 1 gr.

16. Le malade a vomi dans la matinée; langue très sale. On enlève la sonde placée dans la plaie pour permettre l'écoulement de l'urine; elle est remplacée par une sonde de Nélaton en caoutchouc vulcanisé, introduite par l'urèthre. Prescription : sulfate de soude, 30 gr. T. s., 38°,6.

17. T. m., 38°,3. Les vomissements ont continué. La langue est toujours sale. La sonde fonctionne bien. Œdème et rougeur des bourses qui semble être de nature érysipélateuse. Potion de Tood. T. s., 39°.

18. T. m., 38°. Langue très rouge sur les bords, desquamée par places, recouverte d'un enduit jaunâtre très épais. L'œdème des bourses a augmenté. On remplace la sonde de Nélaton. T. s., 39°,9. On continue le sulfate de quinine.

19. T. m., 38°,4. Œdème et empâtement des bourses et du fourreau de la verge. Application d'onguent napolitain. Mêmes prescriptions. T. s., 39°.

20. T. m., 38°. La langue commence à se dépouiller. L'œdème des bourses et de la verge a diminué. La sonde fonctionne bien. T. s., 38°,7.

21. T. m., 38°. On constate un point de sphacèle sur le prépuce. Débridement des bourses du côté droit, au niveau d'un point où l'on croit à un abcès. En somme, les accidents ont été dus à un érysipèle des bourses. T. s., 38°,2. Pansement de Lister, avec suspensoir de Langlebert.

22. T. m., 37°,6. Le malade va beaucoup mieux. On remplace la sonde. L'érysipèle et le sphacèle sont arrêtés. Pus dans le canal. Injection vésicale à l'acide borique. T. s., 38°.

23. T. m., 37°,4. Le mieux continue. On débride largement le scrotum à gauche ; eschare du tissu cellulaire. La sonde est enlevée ; le malade se sonde lui-même avec la sonde de Nélaton chaque fois qu'il veut uriner. T. s., 37°,5.

24. T. m., 37°. Le gonflement des bourses a diminué ; élimination des eschares. Le malade a eu la diarrhée toute la nuit.

Potion avec :

S. N. de bismuth.. 2 grammes.
Diascordium..... 4 grammes.

Tisane albumineuse. Pansement à l'iodoforme. T. s., 37°,4.

25. T., m., 37°3. L'inflammation érysipélateuse s'atténue. Etat très satisfaisant des bourses et du prépuce. Délire des convalescents. Potion stimulante au rhum et à l'extrait mou de quinquina. T. s., 37°,4.

26. T. m., 37°. La guérison des plaies du prépuce et des bourses s'accentue. T. s., 37°,3.

27. Même état. T. m., 37°,1. T. s., 37°,2.

28. Plus de fièvre. On rapproche les lèvres de la plaie du scrotum avec une bandelette collodionnée. La rougeur a presque disparu, douleur presque nulle.

29. Apyrexie. Etat des plaies satisfaisant, même pansement et mêmes prescriptions.

30 et 31. Même état.

1er et 2 avril. Le malade va de mieux en mieux, les forces lui revien-

nent, sa langue est bonne et la plaie a très bon aspect. Le malade se lève tous les jours.

3. Légère céphalalgie, anorexie, mais pas de fièvre.

4. Apyrexie, anorexie plus accentuée, langue légèrement saburrale. Décoction de quassia amara.

5, 6, 7, 8, 9. La perte de l'appétit s'accentue de jour en jour, malgré les toniques employés. Toutefois la température ne dépasse pas la normale.

10. Le malade tombe dans un état voisin de l'adynamie. Médication tonique.

11, 12. L'état général du malade s'aggrave, fièvre légère. La guérison des plaies est presque complète.

13. Pouls petit, très fréquent, intermittent. Langue rouge et sèche. Affaissement très marqué, sans élévation notable de la température. Urines très peu abondantes. On continue les toniques.

Sous l'influence du traitement, l'état général du malade s'est amélioré, à tel point que le 20 avril Brun sortait complètement guéri.

Observation V

Femme de trente-cinq ans, entrée à l'hôpital dans les premiers jours du mois de mars, couchée salle Sainte-Marguerite, n° 3. Atteinte d'un fibro-sarcome de la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. Bonne constitution, tempérament lymphatique, bonne santé antérieure.

Opération le 11 mars. Anesthésie sans accidents. Incision transversale, énucléation facile de la tumeur dans ses parties superficielles ; elle est plus adhérente par ses parties profondes. Elle peut cependant être énucléée. On arrive jusque sur l'artère fémorale, que l'on sent au fond de la plaie. Hémorrhagie peu abondante. Un drain est couché

au fond de la plaie, un autre est placé de façon à traverser le lambeau inférieur et à favoriser l'écoulement des liquides. Sutures. Pansement à l'iodoforme. T. s ,, 38°, 5.

12 mars. T. m., 39°. La malade a passé une mauvaise nuit ; elle se plaint de céphalalgie et d'agitation. Langue un peu sale. Douleurs au niveau de la plaie. Potion avec éther et laudanum, T. s., 39°, 4.

13 mars. T. m., 39°, 2. La malade a passé une bonne nuit, elle est beaucoup plus calme qu'hier. Langue blanche, mais humide et large. Au moment de la visite, on constate de l'apyrexie.

Pansement ; léger suintement sanguin, pas de gonflement. T. s., 39°, 5. On prescrit un verre d'eau de Pullna.

14. T. m., 37°,5. L'état de la malade est satisfaisant. T. s., 38°, 6.

15. T. m., 38°,4. Le pansement a un peu d'odeur ; on constate un peu de rougeur autour de la plaie; développement de gaz sous la peau. On enlève plusieurs points de suture et on évacue par la pression une assez grande quantité de pus sanguinolent.

Lavage antiseptique minutieux. La malade n'est pas allée à la selle, malgré l'eau de Pullna.

Langue blanche, desquamée par places. T. s., 38°,4.

16. T. m., 37°, 6. Bonne nuit. Pansement. La plaie est en bon état. T. s., 39°,2.

17. T. m., 38°. La malade a été abondamment purgée. Elle a eu un petit frisson dans la journée d'hier.

Nuit mauvaise : douleurs violentes à la gorge, sueurs abondantes, muguet. L'état de la plaie est satisfaisant. On supprime le drain, placé dans le sens vertical. Prescription : collutoire boraté, gargarismes alcalins, potion avec extrait de quinquina, 4 gr., et acétate d'ammoniaque, 2 gr. T. s., 37°,5.

18. T. m., 37°, 3. Mieux sensible. La malade a eu bon appétit. Le muguet a beaucoup diminué. Plaie en bon état. Chute de deux ligatures artérielles. T. s., 37°, 8.

19. T. m., 37°. La malade va bien ; elle se plaint seulement de troubles nerveux, le soir avant de s'endormir. La plaie a de la tendance à se réunir. Bromure de potassium, 1 gr. T. s., 37°,5.

20. T. m., 37°. Etat général très favorable. Le lambeau inférieur est presque entièrement recollé. T. s., 37°,5.

21. T. m., 37°,3. Chute de la dernière ligature. Pansement à l'idoforme. T. s., 40°.

22. T. m., 38°. Hier, à la suite du pansement, la malade a éprouvé un violent frisson ; elle dit en avoir éprouvé de légers la veille dans la journée. Elle en a ressenti encore cette nuit. On constate une rougeur érysipélateuse de la partie externe de la plaie. Douleur à ce niveau. Application de dix sangsues à la périphérie de la plaie. T. s., 40°,4.

23. T. m., 39°,4. La malade éprouve du malaise : nausées, langue rouge et sèche. Facies altéré. L'érysipèle s'est étendu dans tous les sens. T. s., 39°,6. Prescription : un verre d'eau de Pullna.

24. T. m., 39°,4. La malade a passé une mauvaise nuit : fréquentes envies de vomir, muguet, pouls petit et fréquent. L'érysipèle s'est étendu dans la région fessière et du côté des lombes. On remplace le pansement phéniqué par un pansement à la vaseline. Potion de de Dehaen T. s., 40°.

25. T. m., 38°,5. Un peu d'agitation dans la journée d'hier. L'érysipèle est descendu du côté du genou. On prescrit une potion avec 4 gr. d'antipyrine. T. s., 37°,5.

26. T. m., 40°. Envies fréquentes de vomir, langue rouge et sèche, pouls petit, filiforme. La malade a eu hier d'abondantes sueurs, après l'administration de l'antipyrine. L'état général devient mauvais ; cependant les phénomènes locaux ne sont pas très intenses.

T. s., 37°,5. On continue l'antipyrine. Eau de Vichy.

27. T. m., 40,°2. Les nausées ont cessé, l'état général s'est amélioré ; le muguet persiste. On remplace l'antipyrine par 1 gr. de sulfate de quinine. Un verre d'eau de Pullna. T. s., 39°,6

28. T. m., 39°,2. La malade a passé une bonne nuit ; depuis 7 h. du matin, elle éprouve quelques petits frissons. La langue est meilleure. L'eau de Pullna n'a pas produit d'effet. L'érysipèle n'a pas gagné le tronc, mais il a envahi la fesse droite, et du coté gauche, il atteint le genou. Prescription : 1 gr. de sulfate de quinine, deux verres d'eau de Pullna, eau de Vichy. T. s., 40°,6.

29. T. m., 39°,6. La malade a eu plusieurs frissons. T. s., 40°,9.

30. T. m., 40°,2. Frissons répétés, pouls très fréquent ; l'état de la malade s'est aggravé. Potion de Tood. T. s., 39°.

31. Adynamie profonde, subdelirium. L'érysipèle a pris une couleur bronzée sur la partie externe de la cuisse droite. Potion de Tood. T. s., 40°,5.

1er avril. T. m., 39°,2. L'état général de la malade est toujours mauvais. T. s., 40°,5.

2. L'érysipèle a perdu sa coloration, mais le gonflement persiste. On remplace l'alcool par une potion avec 1 gr. de musc et 4 gr. d'extrait de quinquina. T. s., 39°,5.

3. T. m., 38°,7. Même état. T. s., 40°,2.

4. T. m., 40°,1. La malade a ressenti un violent frisson dans la journée d'hier et un second ce matin avant la visite. Poussée nouvelle d'érysipèle au niveau de l'extrémité inférieure de la jambe droite. On continue la potion au musc et à l'extrait de quinquina. Badigeonnage avec la mixture à l'extrait de jaborandi. T. s., 39°,5.

5. T. m., 39°,6. Nuit assez calme. L'érysipèle a pâli d'une façon très sensible. Amélioration. T. s., 40°.

6. T. m., 38°. L'état est à peu près le même, muguet sur la langue. T. s., 40°,5. Mêmes prescriptions.

7. T. m., 37°,4. La malade a eu deux frissons dans la journée; nouvelle poussée érysipélateuse au niveau du genou droit. T. s., 40°,6. 1 gramme 20 de sulfate de quinine. Badigeonnage au jaborandi.

8. T. m., 37°. La malade a ressenti encore un frisson après la visite d'hier ; petite poussée du côté de la malléole externe du côté droit ; la plaque du genou de ce côté n'a pas augmenté. 1 gramme 20 de sulfate de quinine, badigeonnage. T. s., 38°,2.

9. T. m., 38°,5. Poussée d'érysipèle sur la face, pas de frisson. 0. 80 centigrammes de sulfate de quinine. T. s., 38°,4.

10. T. m., 39°,2. L'érysipèle de la face a augmenté. Deux verres d'eau de Pullna. T. s., 39°,5.

11. T. m., 38°. L'état est à peu près le même à la face. L'érysipèle des membres diminue.

12. T. m., 37°,3. L'érysipèle de la face évolue sans accidents. Trois verres d'eau de Pullna, collutoire boraté contre le muguet, qui persiste.

13. T. m., 37°. Mieux sensible; l'appétit revient, l'érysipèle des membres a disparu, celui de la face est en décroissance.

14. A partir de ce jour, la fièvre disparaît, et la malade entre en convalescence.

22. Elle quitte l'hôpital dans un état satisfaisant.

Observation VI

Jacques Redonnet, âgé de quarante-cinq ans, entré à l'hôpital le 16 mars 1885 avec un adéno-phlegmon de la région cervicale gauche sur lequel s'est développé un anthrax. Couché salle Saint-Éloi, n° 21.

26 mars. Le malade est atteint d'un érysipèle à la face. T. s., 39°,6.

27. T. m., 39°,7. L'érysipèle a envahi le cuir chevelu. T. s., 39°,4.

28. T. m., 39°,6. L'érysipèle n'a pas augmenté, mais l'état général du malade s'est aggravé : langue sèche, pouls fréquent et petit. Potion de Tood. T. s., 40°.

29. T. m., 39°,2. Les forces du malade ont diminué. T. s., 39°,6.

30. T. m., 39°,3. L'état du malade est très grave, on craint une issue fatale. T. s., 39°,5.

31. T. m., 39°,3. L'adynamie est encore plus prononcée. Langue rôtie, pouls fréquent et petit. T. s., 39°. On continue toujours la potion de Tood.

1er avril. T. m., 38°,5. L'état du malade paraît s'être légèrement amélioré. La rougeur et le gonflement de la face ont diminué. T. s., 39°,7.

2. T. m., 38°,3. Le mieux s'affirme, l'érysipèle décline. T. s., 38°,4. Potion avec 4 gr. extrait de quinquina.

3. T. m., 37°,3. Le malade va de mieux en mieux, le pouls s'est relevé. T. s., 37°,5.

4. T. m., 37°. Plus de fièvre, l'érysipèle a tout à fait disparu. T. s., 37°,3.

5. T. m., 37°. Le malade entre en convalescence. T. s., 37° L'adénite cervicale, heureusement influencée par l'inflammation érysipélateuse, a presque totalement disparu.

Observation VII

Pierre Chastan, âgé de cinquante-cinq ans, entré à l'hôpital le 24 mars 1885, couché salle Saint-Eloi, n° 22.

Ce malade est atteint d'un phlegmon de l'index droit, consécutif à une morsure.

25 mars. Son état nécessite l'amputation partielle du doigt malade.

30. Le malade, qui avait supporté jusque-là l'opération sans accidents, est atteint d'un érysipèle à l'avant-bras. Son voisin du n° 21 avait déjà un érysipèle de la face depuis quatre jours.

31. T. m., 38°. La rougeur et le gonflement de l'avant-bras ont augmenté. Badigeonnage au jaborandi. T. s., 38°,5.

1er avril. T. m., 38°,5. Etat stationnaire. T. s., 39°. Bains phéniqués

2. T. m., 39°. L'état général du malade reste favorable, l'érysipèle est dans le même état. T. s., 39°,4. Badigeonnage.

3. T. m., 39°,2. La rougeur de l'érysipèle a diminué. T. s., 39°,5.

4. T. m., 38°. L'érysipèle a encore pâli. Badigeonnage. T. s., 38°,4.

5. T. m., 37°,7. L'état local s'est encore amélioré. T. s., 38°,2.

6. T. m., 37°,5. Ouverture d'un abcès formé au niveau de la portion moyenne de la face externe de l'avant-bras. On passe un drain. T. s., 38°.

7. T. m., 37°,7. On fait une autre incision au niveau du coude. T. s., 38°,4.

8, 9, 10. L'état local du malade reste à peu près stationnaire; l'état général est toujours bon.

11. Ouverture d'un nouvel abcès à l'avant-bras.

12. Incision et drainage d'un abcès de la paume de la main.

13. Mieux sensible. On continue toujours les bains phéniqués.

14. On retire les drains.

15. L'amélioration persiste.

20. Le malade quitte l'hôpital à peu près complètement guéri.

Observation VIII

Alexis Grimal, entré à l'hôpital le 16 février 1885. Couché salle St-Jean, n° 7. Ce malade fut opéré à son entrée d'une hydrocèle ; il fut atteint consécutivement d'une vaginalite suppurée, que l'on traita par le drainage.

3 avril. Erysipèle des bourses. Badigeonnage avec l'extrait de jaborandi. T. s., 39°,5.

4. T. m., 39°. L'érysipèle reste limité aux bourses, le gonflement a augmenté. T. s , 89°. Même médication.

2. T. m., 38°. Il semble que le jaborandi ait arrêté la marche de l'érysipèle. Nouveau badigeonnage. T. s., 38°,5.

6. T. m., 37°,5. Le malade va très bien ; l'érysipèle a presque disparu, la cicatrisation marche rapidement.

8, 9, 10, 11. Apyrexie complète ; le malade va de mieux en mieux et peut être considéré comme guéri.

12. Il quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant ; les bourses ne présentent plus qu'un petit point qui suppure.

Observation IX

Pierre Chrysostome, charretier, âgé de cinquante-cinq ans, entré à l'hôpital le 29 janvier.

Couché salle St-Jean, n° 11. Fracture des deux os de la jambe gauche, compliquée de plaie. Le malade, après avoir présenté des phénomènes graves au début, allait bien ; la plaie était à peu près cicatrisée.

11 avril. Le malade est atteint d'un érysipèle à la jambe. T. s., 39°,3. Badigeonnages au jaborandi.

12. T. m., 39°. L'érysipèle a augmenté. T. s., 39°,2.

13. T. m., 39°,5. L'érysipèle a encore gagné vers la partie supérieure de la cuisse. Eau de Pullna. T. s., 39°,3.

14. T. m., 38°,6. L'état local est stationnaire, l'état général s'aggrave, pouls petit, dépressible, langue sèche. T. s., 40°,2.

15. T. m., 38°,5. L'érysipèle a gagné du côté du tronc, la plaie de la jambe s'est rouverte. Le malade a vomi ce matin. T. s., 39°,2.

16. T. m., 38°,6. Le tronc est envahi par l'érysipèle. La plaie prend mauvais aspect, vaste décollement à la partie interne de la jambe. T s., 39°3

17. T. m., 38°. L'érysipèle gagne toujours du côté des lombes et du dos. Le malade a eu de la diarrhée. 4 gr. de S. N. de bismuth et décoction blanche. T. s., 39°,2.

18. T. m., 38°,5. L'état général du malade empire tous les jours, la diarrhée continue. Même médication. T. s., 40°.

19. T. m., 40°,2. L'érysipèle a gagné les bourses. On continue, mais sans succès, les badigeonnages au jaborandi Potion avec 4 gr. d'antipyrine. T. s., 40°,5.

20. T. m., 39°. La rougeur et le gonflement des bourses ont augmenté. T. s., 40°. 4 gr. d'antipyrine.

21. T. m., 39°,2. L'état de la jambe est toujours mauvais, suppuration abondante. T. s , 39°,5.

22. T. m., 38°,8. Les bourses commencent à se sphacéler. Pot. avec extrait de quinquina 4 g. T. s., 39°,5.

23. T. m., 39°. Le sphacèle des bourses a augmenté, l'érysipèle du tronc diminue d'intensité. T. s., 39°,6.

24. T. m., 38°,5. Même état. T. s., 39°,2.

25. T. m., 38°. L'érysipèle du tronc a presque disparu. Les eschares de la peau des bourses sont éliminées. T. s., 38°,7.

26. T. m., 38°. L'état du malade paraît s'être légèrement amélioré. T. s., 38°,5.

27. T. m., 38°,2. Mieux sensible. T. s., 38°,5.

28. T. m., 38°,7. Eschare considérable du talon; on suspend la jambe. Elimination d'eschares très considérables des bourses. T. s., 39°.

29. T. m., 38°,7. Le malade a ressenti hier un frisson intense. On constate un abcès volumineux de la région infero-externe de la cuisse. T. s., 39°,5.

30. T. m., 38°,5. Incision et drainage de l'abcès. T. s., 39°,2.

1er mai. T. m., 39°,6. L'eschare du talon est éliminée. Etat général mauvais. T. s., 38°,6.

2. T. m., 40°. Le malade a ressenti un frisson dans la nuit, vers 1 h. du matin. 1 gr. de sulfate de quinine, potion de Tood. T. s., 38°,6.

3. T. m., 38°,7. Etat général mauvais, langue sèche, noirâtre, pas de frisson. Suppuration abondante de l'abcès, décollement vers sa partie supérieure. T. s., 38°,5.

4. T. m., 38°,4. Le malade a encore ressenti un petit frisson. On constate du muguet ; la suppuration de l'abcès est moins considérable. 0,80 centigr. de sulfate de quinine. T. s., 38°,4.

5. T. m., 37°,5. Le malade a eu hier un violent frisson à 5 h. du soir. Emphysème et pus sanieux. T. s., 38°,7.

6. T. m., 38°,5. Le développement de gaz a augmenté. Le malade a eu encore un frisson hier, à midi. 1 gr. 20 de sulfate de quinine. T. s., 39°.

7. T. m., 38°,4. Le malade n'a pas eu de frisson, mais a eu le hoquet toute la nuit.

L'adynamie est profonde ; on continue la quinine. T. s., 38°, 5.

8. T. m., 38°. Pas de frissons. Langue rouge, muguet abondant, face grippée. On agrandit plusieurs des ouvertures existantes pour faciliter l'écoulement du pus, qui est fétide et noirâtre. T. s., 38°, 5.

9. T. m., 38°,4. L'état du malade fait craindre sa fin prochaine. On remplace la quinine par une potion avec XX gouttes d'acide phénique. T. s., 39, 5.

10. Le malade a succombé dans la soirée d'hier.

Observation X

Busseti, âgé de soixante-trois ans, cocher, entre, le quinze avril 1885, avec une plaie contuse de la face externe de la jambe droite.

Le 19, un érysipèle se déclare. Badigeonnage avec la mixture au jaborandi.

Abcès de la jambe, incision et drainage.

29. Sort guéri.

Observation XI

X..., âgé de quarante-quatre ans, chef de gare, entré à l'hôpital au commencement du mois de juin, couché salle Saint-Jean, n° 7.

A la suite d'un coup reçu sur l'articulation formée par les deux premières phalanges de l'index de la main droite, le malade fut atteint d'arthrite traumatique qui nécessita une intervention chirurgicale. Bonne constitution, antécédents rhumatismaux.

2 juin. Opération, anesthésie sans accidents. On résèque l'extrémité supérieure de la première phalange et la base de la seconde.

Le malade va bien jusqu'au sept.

7. Le malade ressent un frisson ; céphalalgie. Rougeur et gonflement autour de la plaie. T. s., 40°, 2.

8. T. m., 39°. Rougeur et gonflement ont augmenté. T. s., 39°,9.

9. T. m., 39°. Les trois doigts du milieu surtout et le dos de la main sont rouges et tuméfiés, le petit doigt commence à être

atteint. On ouvre une phlyctène assez considérable siégeant à la face dorsale du médius; il s'en écoule un liquide séro-purulent.

On constate aussi des traînées de lymphangite à la face interne du bras. On prescrit trois fois par jour un bain de bras de une heure dans une solution phéniquée à 1/1000. Frictions sur le bras avec la pommade mercurielle.

0.80 centigrammes de sulfate de quinine, potion avec rhum, 30 grammes, extrait de quinquina, 4 grammes. T. s., 39°,4.

11. T. m., 39°,2. Le gonflement a augmenté; il s'est arrêté cependant au poignet. La langue est sale. Le malade se plaint de ne pas être allé à la selle depuis plusieurs jours. Mêmes prescriptions. Lavement purgatif. T. s., 38°,7.

12. T. m., 38°. L'état local est à peu près le même. Le malade a eu pendant la journée d'hier et cette nuit des sueurs très abondantes. Il se plaint de douleurs rhumatoïdes siégeant dans les membres inférieurs et d'insomnie. Mêmes prescriptions. T. s., 38°,2.

13. T. m., 37°,9. Le malade a bien dormi cette nuit; il présente une éruption de sudamina sur tout le corps. La suppuration de la plaie a reparu et le gonflement a diminué. Deux bains. On suspend la quinine et l'on continue la potion au rhum et quinquina. T. s., 38°,4.

14. T. m., 38°,4. On reconnaît la présence d'un abcès sur le dos de la main; son incision évacue une quantité assez considérable de pus mélangé de tissu cellulaire mortifié. On ouvre un autre abcès siégeant à la face dorsale de la première phalange du médius. La rougeur du bras a disparu. On suspend les bains. Pansement de Lister. T. s., 39°,5.

15. T. m., 38°,7. L'état local s'améliore. Le malade a eu hier de la diarrhée; il se plaint d'insomnie. On prescrit :

Décoction blanche.....	1 litre
Bismuth.....	5 grammes.
Diascordium.....	3 —

et une potion avec 2 grammes de chloral. T. s., 37°,5.

16. T. m., 37°,3. La suppuration a diminué ; la plaie de l'index est dans un état satisfaisant. On placé une attelle à la face palmaire de ce doigt. On se sert pour le pansement de la poudre de Lucas-Championnière (quinquina, magnésie, iodoforme, benjoin, eucalyptus). T. s., 37°.

16. T. m., 36°,9. On ne défait pas le pansement. T. s., 37°,2.

18. Le malade peut être considéré comme guéri.

25. Il quitte l'hôpital.

Observation XII

Etienne Borié, âgé de quarante-six ans, cultivateur, né à Neyrac, entré à l'hôpital le 10 mars 1885.

Ce malade, atteint d'une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale droite, est traité pendant assez longtemps par l'immobilisation dans la gouttière de Bonnet.

Au commencement du mois de juillet, l'articulation ayant suppuré, on incise et on place deux drains près du pli inguino-crural.

13 juillet. Une rougeur assez étendue se développe dans cette région ; le malade a de la fièvre.

14. La rougeur et le gonflement ont augmenté. On pose le diagnostic d'érysipèle. P. 100. On prescrit des badigeonnages au jaborandi.

15. L'érysipèle s'est étendu jusqu'au genou ; la fièvre est ardente. P. 120.

On prescrit 1 verre eau de Sedlitz. T. s., 40°,2.

16. T. m., 38°,5. L'érysipèle n'a pas dépassé le genou. L'état général du malade, qui était déjà altéré, s'aggrave. T. s., 38°,9.

17. T. m., 38°,7. L'érysipèle reste toujours stationnaire. On continue les applications de jaborandi. T. s., 41°.

18. T. m., 39°,6. L'état local est toujours le même, mais la température a atteint un degré inquiétant. Pas de frisson. On prescrit : sulfate de quinine, 0,80 centigr. et une potion avec 30 gr. de rhum et 4 gr. d'extrait de quinquina. T. s., 39°,9.

19. T. m., 39°. L'érysipèle s'est étendu jusqu'au pied. Mêmes prescriptions. T. s., 40°,2.

20. T. m., 39°,7. Tout le pied et le talon sont atteints. T. s., 39°,7.

21. T. m., 38°,6. Le malade a beaucoup souffert dans la nuit. Le pouls est petit et fréquent, la langue sèche. Mêmes prescriptions. T. s., 39°.

22. T. m., 38°,9. La rougeur et le gonflement du mollet ont diminué. T. s., 39°.

23. T. m., 38°,5. Le malade se plaint d'une douleur siégeant à la partie interne du mollet. Quoique la fluctuation ne soit pas bien évidente, on soupçonne un abcès et on incise. Une petite quantité de pus est évacuée ; on place un drain dans la plaie. T. s., 39°,7.

24. T. m., 38°,6. La suppuration a augmenté ; on pratique, à la partie postérieure du mollet, une autre ouverture, que l'on fait communiquer par un drain avec celle qui a été faite hier. On ouvre de plus un abcès phlegmoneux développé sur le dos du pied. Il en sort du pus mélangé de tissu cellulaire mortifié. On place un drain dans la plaie. Mêmes prescriptions. Pansement de Lister. T. s., 38°,7.

25. T. m., 38°. Suppuration abondante. Lavage antiseptique et pansement de Lister. T. s., 38°,7.

26. T. m., 38°. L'état général du malade est toujours mauvais. La jambe est à demi fléchie sur la cuisse et la cuisse est dans l'abduction complète. T. s., 39°,4.

27. T. m., 38°. On élargit les incisions faites à la face dorsale du pied. T. s., 39°,2.

28. T. m., 38°,3. La suppuration est de plus en plus abondante; vastes décollements à la partie interne de la jambe. T. s., 38°,5.

29. T. m., 38°. On ouvre un vaste abcès à la partie antérieure et moyenne de la jambe. Il s'en écoule un pus épais, mélangé de sang. T. s., 39°.

30. T. m., 38°. L'abcès ouvert hier suppure abondamment ; la face antérieure du tibia se dénude. T. s., 38°,9.

Les jours suivants, l'état du malade est à peu près le même, les plaies suppurent abondamment.

6 août. De vastes décollements se sont produits dans toute la jambe. La suppuration prolongée et l'état général du malade, qui est de plus en plus mauvais, nous conduisent à un pronostic grave sur l'issue de la maladie.

Vu,
Le Président-Censeur,
JAUMES.

Vu bon à imprimer.
Le Doyen,
CASTAN.

Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !